

مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های ظاهر در افراد سالم با وزن طبیعی و مبتلا به چاقی

هدی دوس علی‌وند^۱ (M.Sc)، نجمه طهماسبی^۱ (M.Sc)، عاطفه قنبری جلفایی^{۱*} (M.D)، سوسن قهرمانی^۱ (M.Sc)، محدثه پیشگاه رودسری^۲ (B.Sc)

۱- مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی، انستیتو روانپزشکی تهران- دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۲- مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی، گروه آمار، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: هدف مطالعه حاضر مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر در بیماران مبتلا به چاقی و گروه کنترل با وزن طبیعی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و نمونه شامل ۳۰ بیمار مبتلا به چاقی (شاخص توده بدنی ≤ 35) و ۳۰ بزرگسال با وزن طبیعی (شاخص توده بدنی ≥ 25) بود. تمامی شرکت‌کنندگان، نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ و پرسش‌نامه طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر را تکمیل کردند.

یافته‌ها: بیماران مبتلا به چاقی نسبت به گروه کنترل نمرات بالاتری را در طرح‌واره‌های ایشار و بازداری هیجانی نشان دادند. به علاوه، شدت طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر در دو خرده‌مقیاس آسیب‌پذیری به تصویر بدنی و سرمایه‌گذاری بر خود در بیماران مبتلا به چاقی به گونه‌ای معنادار بیش از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که برخی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر با چاقی مرتبط هستند و لازم است تا مفهوم‌پردازی‌های نظری و مداخلات روان‌شناختی این متغیرها را مورد توجه قرار دهد.

واژه‌های کلیدی: چاقی، شناخت، تصویر بدن، شاخص توده بدن

مقدمه

چاقی یک پدیده پیچیده و چندعاملی است که عامل‌های زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی در علل و پیامدهای آن دخالت دارد. بنابراین، کنترل و درمان آن در حیطه یک رشته واحد قرار ندارد [۱]. چاقی و اضافه وزن با کاهش سطوح رفاه جسمی و هیجانی همراه است [۲]. همه‌گیرشناسان، در بیش از ۳۰ سال گذشته، روند ثابتی را به سمت شیوع فزاینده چاقی در اروپا، ایالات متحده آمریکا، آسیا و خاورمیانه

شناسایی کرده‌اند [۳]. در ایران، نتایج یک فراتحلیل نشان داده است که شیوع کلی چاقی در بزرگسالان بالای ۱۸ سال، ۲۱/۵٪ و در افراد زیر ۱۸ سال ۵/۵٪ است و درصد چاقی با افزایش سن به ویژه در زنان افزایش می‌یابد [۴]. افراد چاق، به طور معنادار، روزهای بیشتری را از نظر سلامت جسمی و روانی خود، نامطلوب گزارش می‌کنند [۵]. چاقی خطر ابتلا به بیماری قلبی-عروقی، انواع دیابت، فشار خون، سکت، بیماری کبد صفرا، بیماری‌های تنفسی، مشکلات عضلانی-استخوانی

را نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل با وزن طبیعی گزارش کردند [۸].

در طول دهه‌های گذشته، علاقه روزافزونی به موضوع ادراک، تحریف و رضایت از تصویر بدنی شکل گرفته است. تصویر بدنی یک سازه چندوجهی است که با تجارب ذهنی ادراکی و نگرشی فرد درباره بدن به ویژه ظاهر آن ارتباط دارد [۱۲]. نگرش‌ها درباره تصویر بدنی شامل یک مؤلفه ارزیابانه (تفاوت‌های خود-ایده‌آل، رضایت-عدم رضایت بدنی) و یک مؤلفه سرمایه‌گذاری (اهمیت یا برجستگی شناختی-رفتاری ظاهر فرد) هستند [۱۳، ۱۴]. نارضایتی از تصویر بدنی، اغلب به عنوان یک هم‌بسته از اختلالات خوردن در نظر گرفته شده است. این مسئله با شیوع بالای اختلالات خوردن در گروه‌هایی که در آن‌ها تأکید بسیار بر حفظ اندامی لاغر و "ایده‌آل" وجود دارد مانند رقاصان باله و مدل‌ها ثابت شده است [۱۲]. یک جنبه اصلی از سرمایه‌گذاری تصویر بدنی با طرح‌واره‌های خود مرتبط با ظاهر (Appearance related self schemas) ارتباط دارد. طرح‌واره‌های خود مرتبط با ظاهر، برای درک تجارب تصویر بدنی در زندگی روزانه اساسی هستند. مارکوس [۱۵] مفهوم طرح‌واره‌های خود را برای توصیف ساختارهای شناختی مورد استفاده برای پردازش اطلاعات مرتبط با خود بسط داده است. طرح‌واره‌های خود از تاریخچه تجارب شخصی و اجتماعی فرد ناشی می‌شوند و با حوزه‌های گوناگون در فرد ارتباط دارند [۱۶]. گزارش شده است که زنان بیش از مردان احتمال دارد که خود را چاق توصیف کنند، اغلب خود را وزن کنند و مکرراً رژیم بگیرند. همچنین، آن‌ها در کل بیش از مردان از ظاهر فیزیکی خود ناراضی هستند [۱۷]. اشخاص دارای طرح‌واره‌های ظاهر، از نظر روان‌شناختی بر ظاهر خود به عنوان معیاری برای ارزیابی خود و شاخص خود-ارزشی سرمایه‌گذاری بیش‌تری کرده‌اند [۱۸].

بنابراین، با توجه به پیامدهای زیان‌بار چاقی و هزینه‌هایی که این مشکل بهداشتی به جامعه تحمیل می‌کند، شناسایی عوامل مرتبط با این اختلال منجر به توسعه برنامه‌های درمانی

و سرطان‌های هورمونی را افزایش می‌دهد [۶]. به علاوه، چاقی امید به زندگی را به میزان ۵/۸ سال برای بانوان و ۷/۱ سال برای مردان کاهش می‌دهد [۷].

گرچه شواهد باارزشی وجود دارد که به عامل‌های زیستی و محیطی مرتبط با چاقی اشاره می‌کند ولی توجه نسبتاً محدودی به هم‌بسته‌های روان‌شناختی چاقی شده است. به علاوه، پژوهش‌های دارای جهت‌گیری روان‌شناختی در زمینه چاقی گرایش داشته‌اند تا بر طیف محدودی از سازه‌های روان‌شناختی تمرکز کنند و یافته‌های آن‌ها به طور قابل توجهی بی‌ثبات بوده است [۸].

با توجه به مزمن بودن چاقی، مدل‌های روان‌شناختی که به طور اختصاصی برای مشکلات رفتاری شکل گرفته‌اند ممکن است در روشن‌سازی بیش‌تر عوامل روان‌شناختی مرتبط با چاقی سودمند باشند [۸]. نمونه آن، مدل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (Early maladaptive schemas, EMS) است که توسط یانگ و همکاران [۹] شکل گرفته است. طرح‌واره ناسازگار اولیه «یک زمینه یا الگوی وسیع و فراگیر است که از خاطرات، هیجانات، شناخت‌ها و احساسات بدنی درباره خود و رابطه با دیگران تشکیل شده است، در طی کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در طول زندگی گسترش می‌یابد و تا اندازه زیادی ناکارآمد است». برخی مطالعات از ارتباط طرح‌واره‌های ناسازگار مطرح شده توسط یانگ و چاقی حمایت می‌کند. مطالعه ناتا، و همکاران [۱۰] شواهدی از باورهای بنیادین منفی در میان زنان چاق به ویژه آن‌هایی که دچار اختلال پرخوری مفرط بودند، یافته است. مطالعه ون‌هانسویک دجونگ و همکاران [۱۱] نیز نشان داده است که طرح‌واره‌های ناسازگار خاص در میان بیماران چاق با سابقه‌ای از سوءاستفاده جنسی در کودکی نسبت به بیماران چاق فاقد چنین سابقه‌ای بالاتر است. متأسفانه، هیچ یک از این دو مطالعه دارای یک گروه کنترل با وزن طبیعی نبوده‌اند. با این حال، در مطالعه آندرسون و همکاران (۲۰۰۶) بیماران چاق (پس از کنترل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و اختلال پرخوری) به گونه‌ای معنادار طرح‌واره‌های ناسازگار شدیدتری

مؤثرتر به منظور کمک به بیماران مبتلا به چاقی خواهد شد. به علاوه، شناسایی عوامل زیربنایی سهمیم در چاقی راه را برای توسعه برنامه‌های پیشگیری هم‌وار خواهد ساخت.

با توجه به مسائلی که مطرح شد، هدف پژوهش کنونی مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر در بیماران مبتلا به چاقی و گروه کنترل بهنجار است تا عوامل مرتبط با چاقی بهتر شناخته شود. بدیهی است که شناسایی چنین عواملی کمک شایانی به متخصصین بالینی در راستای کمک به این گروه خاص از بیماران در فرآیند درمان خواهد کرد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع مطالعات علی-مقایسه‌ای است. نمونه پژوهش حاضر شامل زنان و مردان مبتلا به چاقی مراجعه‌کننده به کلینیک چاقی بیمارستان رسول اکرم (ص) شهر تهران سال ۱۳۸۹ بود. ملاک‌های ورود در گروه آزمایش شامل دارا بودن حداقل ۱۸ سال سن، BMI بالاتر یا برابر با ۳۵، نداشتن بیماری جسمی توأم بر اساس مصاحبه، نداشتن اختلالات روان‌پزشکی محور I و II قبلی و فعلی یا سوء مصرف مواد بر اساس تشخیص روان‌پزشک (بر اساس معیارهای راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) (Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM) و داشتن تسلط کافی به زبان فارسی به منظور تکمیل پرسش‌نامه‌ها بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ملاک‌های ورود برای گروه کنترل شامل داشتن حداقل ۱۸ سال سن، دارا بودن وزن در محدوده طبیعی BMI (کم‌تر از ۲۵)، نداشتن اختلال خوردن و اختلالات محور I و II بر اساس تشخیص روان‌پزشک با استفاده از مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM و داشتن تسلط کافی به زبان فارسی در نظر گرفته شد. این گروه از افراد از بین جمعیت طبیعی انتخاب شدند. بدین منظور از بین دوستان افراد مبتلا به چاقی افراد واجد شرایط بر اساس ملاک‌های مورد نظر انتخاب شده و از نظر متغیرهای جنس و

سن با بیماران مبتلا به چاقی هم‌تا شدند. برای مقایسه بین بیماران و گروه کنترل، حجم نمونه ۳۰ نفر در هر گروه تعیین شد. کد اخلاق پژوهش حاضر ۹۰-۰۴-۱۴۰-۱۶۳۵۴-۱ می‌باشد که مجوز آن توسط دانشگاه علوم پزشکی ایران صادر گردیده است.

کلیه افراد شرکت‌کننده در پژوهش ابتدا رضایت‌نامه تحقیق را مطالعه کرده و در صورت تمایل، پس از امضای آن در پژوهش شرکت می‌کردند. شرکت‌کنندگان می‌توانستند در صورت عدم تمایل به همکاری، در هر زمان و بدون جریمه در پژوهش شرکت نکنند.

شاخص توده بدن (BMI)، شاخص توده بدن از تقسیم وزن (به کیلوگرم) بر مجذور قد (به متر) محاسبه می‌شود. وزن با استفاده از ترازوی دیجیتالی و قد نیز با استفاده از یک متر نواری غیرقابل اتساع به دقت ۵/۰ سانتی‌متر اندازه‌گیری شد.

پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ-فرم کوتاه (YSQ-S)، فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ (Young schema questionnaire - short version) ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه و فراهم نمودن یک نمره کلی که سطح هر طرح‌واره ناسازگار اولیه را منعکس می‌سازد طراحی شده است [۱۹]. این پرسش‌نامه دارای ۷۵ سؤال است. ۱۵ زیرمقیاس آن شامل محرومیت هیجانی، ره‌اشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، استحقاق/بزرگ‌منشی، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت، ایشار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی، آسیب‌پذیری در برابر صدمه یا بیماری، خودتحوّل‌نایافته و شکست هستند. پرسش‌نامه لیکرت شکل است. هر ماده به کمک شش گزینه درجه‌بندی می‌شود. عدد ۱ به معنای "کاملاً در مورد من نادرست است" و عدد ۶ به معنای "کاملاً مرا توصیف می‌کند" می‌باشد. فرم کوتاه این پرسش‌نامه با فرم بلندتر آن قابل مقایسه است و از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است [۲۰]. این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مورد هنجاریابی

قرار گرفته است و از روایی بین فرهنگی مطلوبی برخوردار است [۲۱].

پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ظاهر (ASI). پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ظاهر (Appearance schema inventory) برای سنجش فرضیه‌های شناختی بنیادین مربوط به ظاهر به وجود آمد. پرسش‌نامه ASI به طور منطقی به ماده‌هایی توجه دارد که باورهای فرد را درباره اهمیت، معنا و اثرات ادراکی ظاهر بر زندگیش نشان می‌دهد. کش و پروینسکی [۱۲] بر اساس موضوع‌های اصلی مطرح در ادبیات مربوط به تصویر بدن، ماده‌ها و حوزه‌های زیر را درباره ظاهر نمونه‌برداری کردند: الف) تمرکز توجه فرد؛ سرمایه‌گذاری هیجانی/ هویتی، پ) باورهای فرد با توجه به اثرات تاریخیچه و رشد، ت) باورهای فرد درباره اثرات میان‌فردی فعلی و آینده و ث) درونی‌ساختن باورهای کلیشه‌ای جامعه. کش معلوم ساخت که همسانی درونی ASI بر روی ۱۷۱ دانشجوی زن و مرد به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۷۹ می‌باشد. پایایی آزمون - بازآزمون یک ماهه برای دانشجویان زن ۰/۷۱ بود. نمرات بالاتر، اعتقاد بیش‌تر به محوری بودن ظاهر در ارزیابی خود، آسیب‌پذیری بیش‌تر به پیام‌های مرتبط با ظاهر و فرض بیش‌تر در این باره که خوبی یا بدی اجتماعی با ظاهر جذاب یا غیرجذاب مرتبط است را نشان می‌دهد.

در نمونه ایرانی، ضرایب آلفای کرونباخ، بازآزمایی و دونیم‌سازی این پرسش‌نامه بر روی ۵۴ نفر از دانشجویان به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۲ و ۰/۷۸ بوده است و روایی این پرسش‌نامه از طریق محاسبه هم‌بستگی آن با پرسش‌نامه روابط چندبعدی بدن - خود (Multidimensional body-Self relations questionnaire MBSRQ) ۰/۸۸ به دست آمده است [۲۲].

داده‌ها پس از جمع‌آوری، وارد نرم‌افزار SPSS ۱۱/۵ شدند. در پژوهش حاضر از روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی جهت تحلیل اطلاعات استفاده شد. جهت بررسی طبیعی بودن توزیع داده‌های کمی، آزمون کولموگروف - اسمیرنوف به کار برده شد. تمامی متغیرهای کمی به جز متغیرهای انزوای

اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، خود تحول نیافته و محرومیت هیجانی، از توزیع طبیعی پیروی می‌کردند. برای مقایسه تفاوت متغیرهای دارای توزیع طبیعی در گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل، آزمون تی نمونه‌های مستقل و برای مقایسه تفاوت متغیرهای فاقد توزیع طبیعی، آزمون من‌ویتنی مورد استفاده قرار گرفت. آزمون کای دو و یا آزمون دقیق فیشر نیز برای بررسی تفاوت اولیه بین متغیرهای جنس و سطح تحصیلات در دو گروه استفاده شد. برای بررسی ارتباط بین طرح‌واره‌های ناسازگار با شاخص توده بدن و سن در گروه‌های مورد مطالعه، ضریب هم‌بستگی پیرسون محاسبه گردید. سطح معنی‌داری در کلیه آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

۳۰ نفر مبتلا به چاقی مفرط ($BMI \geq 35$) (گروه چاق مفرط) با میانگین شاخص توده بدنی ۴۵/۶۳ (دامنه: ۶۷/۱۳ - ۳۵/۱۱، انحراف معیار: ۷/۲۸) و ۳۰ نفر با وزن طبیعی ($BMI < 25$) (گروه کنترل) با میانگین شاخص توده بدنی ۲۲/۳۹ (دامنه: ۲۴/۹ - ۱۸/۲۴، انحراف معیار = ۱/۹۵) وارد مطالعه شدند. اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفکیک دو گروه در جدول ۱ آمده است. همان‌طور که در این جدول مشاهده می‌شود دو گروه از نظر سن، وضعیت اشتغال و وضعیت تأهل هم‌تا می‌باشند.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار ۱۵ خرده‌مقیاس و نتایج آزمون تی مستقل و من‌ویتنی را برای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل نشان می‌دهد.

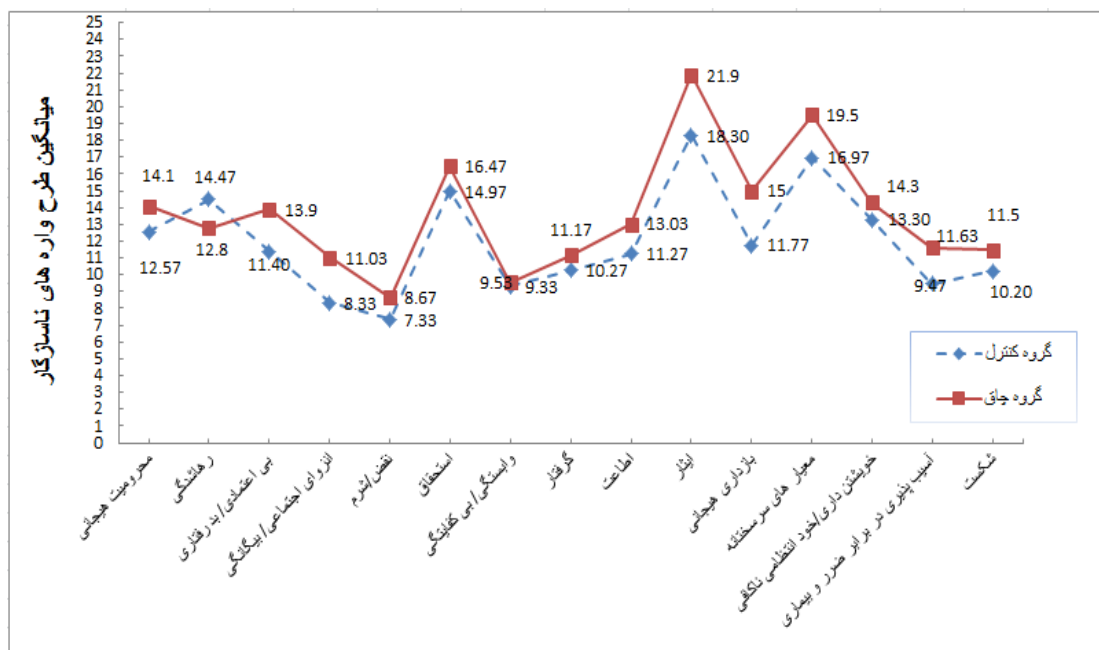
جدول ۱. اطلاعات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

متغیر		گروه	
		کنترل	مبتلا به چاقی
سن		۳۷/۲۷±۱۱/۳۱	۳۷/۷۷±۱۱/۴۸
جنسیت	زن	۲۷ (%۹۰)	۲۸ (%۹۳/۳)
	مرد	۳ (%۱۰)	۲ (%۶/۷)
وضعیت تأهل	مجرد	۶ (%۲۰)	۶ (%۲۰)
	متاهل	۲۴ (%۸۰)	۲۴ (%۸۰)
تحصیلات	زیر دیپلم	۴ (%۱۳/۳)	۱۰ (%۳۳/۳)
	دیپلم	۲۰ (%۶۶/۷)	۱۵ (%۵۰)
	فوق دیپلم و بالاتر	۶ (%۲۰)	۵ (%۱۶/۷)
وضعیت اشتغال	شاغل	۹ (%۳۰)	۹ (%۳۰)
	خانه دار	۲۱ (%۷۰)	۲۱ (%۷۰)

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میان نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه مورد مطالعه اختلاف آماری معنی‌داری وجود ندارد ($p=۰/۰۸۱$). اما نتیجه آزمون تی برای زیرمقیاس‌ها حاکی از آن است که گروه مبتلا به چاقی در طرح‌واره‌های ایثار ($p=۰/۰۴۱$) و بازداری هیجانی ($p=۰/۰۴۳$) با گروه کنترل تفاوت دارند. نتیجه آزمون تجزیه و تحلیل رگرسیون خطی نشان داد که هم‌بستگی معناداری میان BMI و شدت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (نمره کل YSQ) در هیچ یک از دو گروه مبتلا به چاقی ($p=۰/۲۹۲$)، $r=۰/۱۱۷$ و گروه کنترل ($p=۰/۲۱۲$)، $r=۰/۲۳۵$ وجود ندارد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار ۱۵ خرده مقیاس و نتایج آزمون تی مستقل برای پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ در گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل

طرح واره	گروه	گروه کنترل میانگین (انحراف معیار)	گروه مبتلا به چاقی میانگین (انحراف معیار)	T	df	p-value
محرومیت هیجانی	۱۲/۵۷±۶/۲۸	۱۴/۱۰±۷/۶۷	-۰/۸۴۷	۵۸	۰/۵۰	
رها شدگی	۱۴/۴۷±۶/۶۳	۱۲/۸۰±۶/۵۰	۰/۹۸۴	۵۸	۰/۳۲۹	
بی اعتمادی / بد رفتاری	۱۱/۴۰±۵/۳۸	۱۳/۹۰±۶/۶۹	-۱/۵۹۶	۵۸	۰/۱۱۶	
انزوای اجتماعی/بیگانگی	۸/۳۳±۴/۵۰	۱۱/۰۳±۵/۹۱	-۱/۹۸۹	۵۸	۰/۰۸۰	
نقص /شرم	۷/۳۳±۲/۸۹	۸/۶۷±۴/۰۰	-۱/۴۷۹	۵۲/۷۹۹	۰/۲۷۳	
استحقاق	۱۴/۹۷±۶/۳۱	۱۶/۴۷±۵/۱۱	-۱/۰۱۲	۵۸	۰/۳۱۶	
وابستگی/بی کفایتی	۹/۳۳±۴/۱۲	۹/۵۳±۴/۸۰	-۰/۱۷۳	۵۸	۰/۸۶۳	
خود تحول نیافته	۱۰/۲۷±۵/۵۸	۱۱/۱۷±۶/۸۳	-۰/۵۵۹	۵۸	۰/۷۳۲	
اطاعت	۱۱/۲۷±۶/۱۳	۱۳/۰۳±۶/۴۴	-۱/۰۸۸	۵۸	۰/۲۸۱	
ایثار	۱۸/۳۰±۶/۴۴	۲۱/۹±۶/۸۷	-۲/۰۹۸	۵۸	۰/۰۴۱	
بازداری هیجانی	۱۱/۷۷±۵/۷۳	۱۵/۰۰±۶/۳۵	۲/۰۷۲	۵۸	۰/۰۴۳	
معیارهای سرسختانه	۱۶/۹۷±۶/۶۳	۱۹/۵۰±۵/۶۰	-۱/۵۹۷	۵۸	۰/۱۱۶	
خوبیستن داری/خود انتظامی ناکافی	۱۳/۳۰±۵/۶۰	۱۴/۳۰±۵/۷۵	-۰/۶۸۳	۵۸	۰/۴۹۸	
آسیب پذیری در برابر صدمه و بیماری	۹/۴۷±۵/۰۴	۱۱/۶۳±۵/۷۱	-۱/۵۵۷	۵۸	۰/۱۲۵	
شکست	۱۰/۲۰±۴/۸۰	۱۱/۵۰±۴/۸۰	-۱/۰۴۸	۵۸	۰/۲۹۹	
نمره کل	۱۷۹/۹۳±۵۸/۱۲	۲۰۴/۵۳±۴۸/۶۸	-۱/۷۷۷	۵۸	۰/۰۸۱	

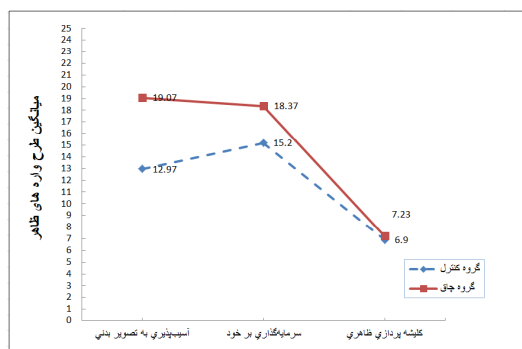


شکل ۱. میانگین و انحراف معیار طرح‌واره‌های ناسازگار به تفکیک دو گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار سه خرده مقیاس و نمره کل پرسشنامه طرح‌واره‌های ظاهر در گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل

گروه	میانگین (انحراف معیار)	گروه مبتلا به چاقی	تی	درجه آزادی	P
آسیب‌پذیری به تصویر بدنی	۱۲/۹۷±۴/۴۰	۱۹/۰۷±۵/۶۶	-۴/۶۶	۵۸	۰/۰۰۱
سرمایه‌گذاری بر خود	۱۵/۲۰±۴/۲۳	۱۸/۳۷±۳/۵۷	-۳/۱۳۵	۵۸	۰/۰۰۳
کلیشه‌پردازی ظاهری	۶/۹±۳/۰۷	۷/۲۳±۲/۵۷	-۰/۴۵۶	۵۸	۰/۶۵
نمره کل	۳۵/۰۷±۱۰/۰۰	۴۴/۶۷±۹/۲۲	-۳/۸۶۴	۵۸	۰/۰۰۰

خطی نشان داد که در گروه مبتلا به چاقی، هم‌بستگی معناداری میان شاخص توده بدنی و شدت طرح‌واره‌های ظاهر (نمره کل طرح‌واره‌های ظاهر) وجود دارد ($p=۰/۰۰۹$). $r=۰/۴۷۱$ در حالی که در گروه کنترل این هم‌بستگی مشاهده نمی‌شود ($r=۰/۲۸۵$, $p=۰/۱۲۶$).



شکل ۲. میانگین و انحراف معیار طرح‌واره‌های ظاهر به تفکیک دو گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل

شکل ۱ نشان می‌دهد که میانگین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به جز طرح‌واره ره‌اشدگی، در گروه مبتلا به چاقی بیش از گروه کنترل است و تفاوت طرح‌واره‌های ایثار و بازداری هیجانی در دو گروه مورد مطالعه به صورت معنی‌داری بیش‌تر از سایر طرح‌واره‌هاست.

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون‌های مستقل دو گروه مبتلا به چاقی و گروه کنترل را در پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ظاهر نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تفاوت در نمره کل طرح‌واره‌های ظاهر و همچنین دو زیر مقیاس آسیب‌پذیری به تصویر بدنی و سرمایه‌گذاری بر خود میان دو گروه مبتلا به چاقی و کنترل از نظر آماری قویاً معنی‌دار هستند ($p \leq ۰/۰۱$) برای هر سه). هم‌چنین نتیجه آزمون تجزیه و تحلیل رگرسیون

شکل ۲ نشان می‌دهد که میانگین زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های ظاهر، در گروه مبتلا به چاقی بیش از گروه کنترل می‌باشند، به ویژه این تفاوت در طرح‌واره آسیب‌پذیری به تصویر بدنی به صورت معنی‌داری بیش‌تر از دو زیرمقیاس دیگر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر در بیماران مبتلا به چاقی و گروه کنترل بهنجار بود. همان‌طور که از نظر گذشت، یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد میان نمره کلی پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یا شدت طرح‌واره‌ها در دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با یافته‌های حاصل از مطالعه آندرسون و همکاران (۲۰۰۶) هماهنگ نیست. احتمال می‌رود وجود چنین تفاوتی ناشی از تفاوت‌های موجود در نمونه‌های این دو مطالعه بوده باشد. [۸] برای مثال در پژوهش آندرسون و همکاران (۲۰۰۶) BMI گروه آزمایش بالاتر از ۳۰ بود اما در نمونه پژوهش حاضر، BMI گروه آزمایش ۳۵ و بالاتر در نظر گرفته شده است. هم‌چنین، در پژوهش آندرسون و همکاران (۲۰۰۶)، میانگین شرکت‌کنندگان زن در حدود ۷۳ درصد بوده است در حالی که این میانگین در پژوهش حاضر ۹۰ درصد بود. به علاوه، در پژوهش آندرسون و همکاران (۲۰۰۶) وضعیت اقتصادی در دو گروه آزمایش و کنترل همتا شده بود اما این متغیر در پژوهش حاضر لحاظ نشده است. با این حال، در مطالعه آندرسون و همکاران (۲۰۰۶) نیز تنها در سه طرح‌واره (یعنی انزوای اجتماعی، نقص / شرم و شکست) که البته متفاوت از طرح‌واره‌های پژوهش حاضر است، تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده شد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که طرح‌واره‌های خاص اندکی با چاقی در ارتباط هستند [۸].

همان‌طور که نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد، بین میانگین طرح‌واره بازداری هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، بدین معنی که شدت

طرح‌واره ناسازگار اولیه‌ی بازداری هیجانی در افراد مبتلا به چاقی بیش از گروه کنترل است. مطالعات حاکی از آن است که افراد دچار پرخوری هیجانی و پرخوری آسیب‌شناختی، در تنظیم هیجانی مشکل دارند [۲۳]. با در نظر داشتن این موضوع، شاید بتوان گفت بازداری هیجانی در شرکت‌کنندگان این پژوهش با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های پیشین همسو است. بنا بر باور یانگ و همکاران [۸]، بازداری بیش از حد اعمال و احساسات، معمولاً به دلیل اجتناب از طرد دیگران و یا از دست دادن کنترل شخصی است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که از یک سو، افراد مبتلا به چاقی برجسب‌های منفی زیادی از سوی جامعه دریافت می‌کنند [۲۴] و از سوی دیگر برخی از افراد مبتلا به چاقی گرایش دارند که پیام‌های جامعه مبنی بر سلامتی و خوشبختی را به صورت برجسب منفی تعبیر کنند [۲۵]. گذشته از این، مطالعات بیانگر این امر است که افراد مبتلا به چاقی از سوی جامعه و خانواده مورد تمسخر و طرد نیز قرار می‌گیرند [۲۶، ۲۷]. با توجه به این موارد، به نظر می‌رسد افراد مبتلا به چاقی طرد بیش‌تری را از سوی جامعه تجربه و ادراک می‌کنند. بنابراین شاید بازداری بیش از حد هیجان برای افراد مبتلا به چاقی، راهی در جهت اجتناب از تکرار طردها و تمسخرهای تجربه شده در گذشته باشد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که میانگین طرح‌واره هیجانی ایثار در گروه آزمایش بیش از گروه کنترل بوده و این فزونی از نظر آماری معنادار است. افرادی که طرح‌واره ایثار دارند برای رسیدن به حس ارزشمندی و حفظ رابطه با دیگران حاضرند از نیازهای خود چشم‌پوشی کنند تا نیازهای دیگران را ارضا کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، پژوهش‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به چاقی نه تنها برجسب‌های منفی زیادی از طرف جامعه دریافت می‌کنند [۲۵، ۲۸، ۲۹] بلکه مورد طرد و تمسخر جامعه نیز قرار می‌گیرند [۲۷]. با توجه به این امر، بار دیگر، احتمال می‌رود افراد مبتلا به چاقی به خاطر تجربه طردهای متعدد، برجسب‌های منفی و تمسخر در گذشته، طرح‌واره ناسازگار ایثار را شکل داده باشند. بدین معنی که افراد مبتلا به چاقی

برای اجتناب از طرد، تداوم رابطه با دیگران و بازیابی احساس ارزشمندی از این طریق، به ارضای افراطی نیازهای دیگران تن می‌دهند.

در ارتباط با طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر، یافته‌های پژوهش کنونی حاکی است که بیماران مبتلا به چاقی هم به طور کلی و هم در خرده‌مقیاس‌های آسیب‌پذیری به تصویر بدنی و سرمایه‌گذاری بر خود، نسبت به گروه کنترل نمره بیش‌تری کسب می‌کنند. هم‌چنین میان شاخص توده بدن و شدت طرح‌واره‌های ظاهر به طور کلی و دو خرده‌مقیاس مذکور به طور خاص، رابطه معنی‌داری یافت شد. همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، پژوهشگران معتقدند طرح‌واره‌های خود، ریشه در تجارب شخصی و اجتماعی فرد دارند [۱۵]. بنابراین، به نظر می‌رسد افراد مبتلا به چاقی با توجه به تجربه‌های اجتماعی پیشین خود در این زمینه، طرح‌واره‌های بیش‌تر و شدیدتری درباره ظاهر خود تشکیل داده‌اند. با توجه به پیش‌دآوری‌ها و تبعیض‌های موجود در جوامع در ارتباط با افراد چاق [۲۴، ۲۷، ۲۸] به نظر می‌رسد آسیب‌پذیری نسبت به تصویر بدنی و سرمایه‌گذاری بر خود، واکنشی قابل انتظار در افراد مبتلا به این مشکل باشد.

در کل، با توجه به بالا بودن معنی‌دار طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، به ویژه طرح‌واره‌های بازداری هیجانی و ایثار، و طرح‌واره‌های مربوط به ظاهر در افراد مبتلا به چاقی در مقایسه با گروه کنترل، به نظر می‌رسد توجه به این حیطه در درمان افراد مبتلا به چاقی ضروری است. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به چاقی در جوامع کنونی در معرض آزار، تبعیض و سوگیری قرار دارند و این برچسب‌ها و تبعیض‌ها اثری منفی بر سلامتی آنان دارد [۲۲، ۲۵، ۲۶]. با توجه به این امر، احتمال می‌رود افراد مبتلا به چاقی با داشتن چنین تجارب دردناکی بیش از سایرین در معرض اکتساب طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و طرح‌واره‌های ظاهر قرار داشته باشند. از آن‌جا که پژوهش‌ها بیانگر این امر است که درمان‌های ارتقاء‌یافته شناختی-رفتاری [۳۰] و نیز درمان‌های شناختی مبتنی بر طرح‌واره [۳۱] برای بسیاری از

افراد مبتلا به اختلالات خوردن مفید است، بار دیگر با تأکید بر یافته‌های پژوهش حاضر و نیز با در نظر داشتن تبعیض‌ها و طرح‌های اجتماعی شدید نسبت به افراد مبتلا به چاقی، پیشنهاد می‌شود که در کنار درمان‌های پزشکی و ورزشی مربوطه، توجه بیش‌تری به درمان‌های روان‌شناختی به ویژه با در نظر داشتن طرح‌واره‌های موجود در این گروه از افراد شود.

محدودیت‌های پژوهش. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری اطلاعات، از ابزارهای خودگزارشی استفاده شده است. با توجه به احتمال وجود سوگیری یا گزارش نادرست در این گونه ابزارها، لازم است یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با احتیاط بیش‌تری تفسیر شود. به علاوه، عدم کنترل و هم‌تاسازی پایگاه اجتماعی-اقتصادی، می‌تواند نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر را تحت تأثیر قرار داده باشد. هم‌چنین باید اشاره کرد به دلیل نبود شرایط و لوازم مورد نیاز، در پژوهش حاضر برای سنجش قد و وزن گروه کنترل از گزارش شخصی شرکت‌کنندگان استفاده شده است که ممکن است این گزارش‌ها از دقت لازم برخوردار نبوده باشد.

پیشنهاد‌های پژوهش. با توجه به احتمال تأثیر متغیرهایی مانند پایگاه اجتماعی-اقتصادی بر نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده چنین متغیرهایی نیز کنترل شده و نقش آن‌ها بر یافته‌های پژوهش مورد بررسی بیش‌تری قرار گیرد. در صورت امکان، بهتر است در پژوهش‌های آتی برای اندازه‌گیری وزن و قد در گروه کنترل به گزارش‌های شخصی اکتفا نشده و از ابزارهای دقیق‌تری برای سنجش قد و وزن استفاده گردد. در این پژوهش، گروه آزمایش و کنترل به ترتیب شامل افراد کاندیدای عمل جراحی (قبل از عمل) و افراد دارای BMI بهنجار بودند. با توجه به این موضوع پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌های آینده به مقایسه میان افراد کاندیدای قبل و بعد از عمل جراحی و افراد بهنجار بپردازند. از آن‌جا که پژوهش حاضر نشان داد که طرح‌واره ناسازگار اولیه بازداری هیجانی در افراد مبتلا به چاقی بیش از افراد بهنجار است، توصیه می‌گردد که مطالعات دیگر این متغیر را در ارتباط با متغیرهای مشابهی هم‌چون تنظیم هیجانی مورد

[12] Cash TFP, (Eds.). Body image: Development, deviance and change. New York: Guilford Press. 1990.

[13] Cash TF. Cognitive behavioral perspectives on body image. In T.F. Cash & T. Pruzinsky. Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice. 2002; New York: Guilford Press. 38-46.

[14] Cash TFBE. The management of body image problems. In C.G. Fairburn & K.D. Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook New York: Guilford Press. 2002; 599-603.

[15] Markus H. Self-schemata and processing information about the self. J Pers Soc Psychol 1977; 35: 63-78.

[16] Markus H, Crane M, Bernstein S, Siladi M. Self-schemas and gender. J Pers Soc Psychol 1982; 42: 38-50.

[17] Cooper PJ, Fairburn CG. Binge eating and self-induced vomiting in the community: A preliminary study. Br J Psychiatry 1983; 142: 139-144.

[18] Cash TF, Labarge AS. Development of the appearance schema inventory: a new cognitive body- image assessment. Cogn Therapy Res 1996; 20: 37-50.

[19] Schmidt NB, Joiner Jr TE, Young JE, Telch MJ. The schema questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schema. Cogn Therapy Res 1995; 19: 295-321.

[20] Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: core beliefs among bulimic and comparison women. Cogn Therapy Res 2001; 25: 137-147.

[21] Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie ME, Rasoulzadeh-Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor analysis of the young schema questionnaire- short form in a nonclinical Iranian sample. Iranian J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14: 214-219.

[22] Sadeghi K GB, Fata L, Mazhari SZ. Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in treating patients with obesity. Iran J Psychiatr Clin Psychol 2010; 16: 107-117.

[23] Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eat Behav 2013; 14: 309-313.

[24] Sikorski C, Luppa M, Kaiser M, Glaesmer H, Schomerus G, König H, Riedel-Heller SG. The stigma of obesity in the general public and its implications for public health - a systematic review. BMC Public Health 2011; 11: 1-8.

[25] Lewis S, Thomas SL, Blood RW, Castle DJ, Hyde J, Komesaroff PA. How do obese individuals perceive and respond to the different types of obesity stigma that they encounter in their daily lives? A qualitative study. Soc Sci Med 2011; 73: 1349-1365.

[26] Gunnarsdottir T, Njardvik U, Olafsdottir AS, Craighead LW, Bjarnason R. Teasing and social rejection among obese children enrolling in family-based behavioural treatment: effects on psychological adjustment and academic competencies. Int J Obes (Lond) 2012; 36: 35-44.

[27] Bang KS, Chae SM, Hyun MS, Nam HK, Kim JS, Park KH. The mediating effects of perceived parental teasing on relations of body mass index to depression and self-perception of physical appearance and global self-worth in children. J Adv Nurs 2012; 68: 2646-2653.

[28] Lawrence SA. The impact of stigma on the child with obesity: Implications for social work practice and research. Soc Work J 2010; 27: 309-321.

[29] Jarvie GJ, Lahey B, Graziano W, Framer E. Childhood obesity and social stigma: What we know and what we don't know. Dev Rev 1983; 3: 237-273.

[30] Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. Am J Psychiatry 2009; 166: 311-319.

[31] George L, Thornton C, Touyz SW, Waller G, Beumont PJ. Motivational enhancement and schema-focused cognitive behaviour therapy in the treatment of chronic eating disorders. Clin Psychol 2004; 8: 81-85.

بررسی قرار دهد. در نهایت، با توجه به این که پژوهش حاضر در محدوده سنی بزرگسال انجام گرفته است، پیشنهاد می‌شود که در پژوهشی مشابه، نقش این متغیرها در کودکان و نوجوانان نیز سنجیده شود.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر نتیجه یک طرح تحقیقاتی مصوب مرکز تحقیقات جراحی‌های کم‌تهاجمی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی ایران به شماره گرنت ۱۶۳۵۴-۱۴۰-۹۰-۰۴ می‌باشد. بدین وسیله از حمایت مادی و معنوی این مرکز و تمامی بیماران و عزیزانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر می‌شود.

منابع

[1] Glenny AM, O'Meara S, Melville A, Sheldon TA, Wilson C. The treatment and prevention of obesity: A systematic review of the literature. Int J Obes Relat Metab Disord 1997; 21: 715-737.

[2] Doll HA, Petersen SE, Stewart-Brown SL. Obesity and physical and emotional Well-Being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. Obes Res 2000; 8: 160-170.

[3] Field AE, Barnoya J, Colditz GA. Epidemiology and health and economic consequences of obesity. In T. A. Wadden, & A. J. Stunkard (Eds.). Handbook of obesity treatment New York: Guilford Press. 2002; 3-18.

[4] Mirzazadeh A, Sadeghirad B, Haghdost AA, Bahreini F, Rezazadeh Kermani M. The prevalence of obesity in Iran in recent decade; a systematic review and Meta-Analysis study. Iranian J Publ Health 2009; 38: 1-11.

[5] Hassan MK, Joshi AV, Madhavan SS, Amonkar MM. Obesity and health-related quality of life: a cross-sectional analysis of the US population. Int J Obes Relat Metab Disord 2003; 27: 1227-1232.

[6] Allison DB, Fontaine KR, Manson JE, Stevens J, Vanitalli TB. Annual deaths attributable to obesity in the United States. J Am Med Assoc 1999; 282: 1530-1538.

[7] Flegal KM, Graubard BI, Williamson DF, Gail MH. Excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity. JAMA 2005; 293: 1861-1867.

[8] Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normal-weight control subjects. J Psychosom Res 2006; 60: 245-252.

[9] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford 2006.

[10] Nauta H, Hospers HJ, Jansen A, Kok G. Cognitions in obese binge eaters and obese non-binge eaters. Cogn Therap Res 2000; 24: 521-531.

[11] van Hanswijck de Jonge P, Waller G, Fiennes A, Rashid Z, Lacey JH. Reported sexual abuse and cognitive content in the morbidly obese. Eat Behav 2003; 4: 315-322.

A comparison of maladaptive early schemas and appearance schemas in obese and normal weight control subjects

Hoda Doosalivand (M.Sc)¹, Najmeh Tahmasbi (M.Sc)¹, Atefeh Ghanbarijolfaei (M.D)^{*1}, Sosan Ghahremani (M.D)¹, Mohadeseh Pishgahroudsari (M.Sc)²

1 - Minimally Invasive Surgery Research Center, Tehran Institute of Psychiatry- School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2 - Minimally Invasive Surgery Research Center, Department of Statistics, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received: 22 Feb 2014; Accepted: 29 Nov 2014)

Introduction: The purpose of this study was to compare early maladaptive and appearance schemas in patients with obesity and normal-weight control groups.

Materials and Methods: The method of the study was causal- comparative and groups were included 30 obese patients (BMI \geq 35) and 30 normal-weight adults (BMI $<$ 25). All participants completed Young Schema Questionnaire–Short Version (YSQ-S) and appearance schema Inventory (ASI) questionnaire.

Results: Patients with obesity showed significantly higher scores in compare to control group in self-sacrifice and emotional inhibition schemas. In addition, severity of appearance schemas in body- image vulnerability and self- investment subscales were significantly greater in obese patients than in control group.

Conclusion: The results of this study suggest that some early maladaptive and appearance schemas are associated with obesity and therefore, theoretical conceptualizations and psychological interventions should address the above thesis constructs.

Keywords: Obesity, Cognition, Body image, Body mass index

* Corresponding author. Tel: +98 21 66555447
draghj@yahoo.com